

INFORMATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Éducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Prothèse :

- En cas de prothèses ou de traitement canaux, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.

La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.

La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canaux.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

Information : contact@mupras.com
 Mise en charge : pec@mupras.com
 Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La Mutuelle s'engage à garantir le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge
 Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° P19- 0047099

84775

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1710 Société : ROYAL AIR MAROC

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : HAMRANE ABDELAZIZ

Date de naissance : 02/03/54

Adresse : Lot Tadamoune Rue 4, N° 29 OULFA
 CASABLANCA

Tél. : 0661627610 Total des frais engagés : # 4215 # Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Ait Moulay Latifa
 Ophtalmologiste
 Al Wiffaq Ferrara 1, Lot N° 65, Residence
 Aya, 3ème Etage, Bureau N° 7, Oulfa - Casablanca
 Tel: 05 22 65 84 88 - Gsm : 06 23 98 82 87

Date de consultation : 06/09/2021

Nom et prénom du malade : HAMRANE ABDELAZIZ Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Myopie @ 20/20

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.


Fait à : Casablanca

Le : 06/09/2021


Signature de l'adhérent(e) :

INPE: 091032508

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
06/09/2021		C.S	250.000	 Dr. Ait Abdou Lataf Ophtalmologue Al Wifraq Farnara 1, Apt N° 63, Résidence Aya, 2ème Etage, Bureau N° 7, Oujda - Casablanca Tél: 05 22 65 84 88 - Gsm: 06 23 98 82 87


EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie Résidence Aya Tél: 05 22 89 43 09 - Casablanca 092050293	06/09/21	1.165,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

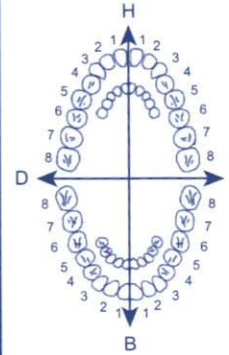
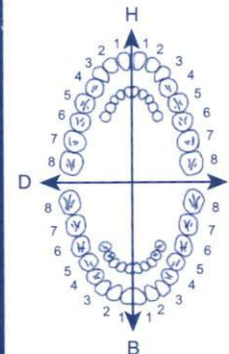
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
 Opticienne - Optométre Rég. Mly Thami Han 5, Apt N° 10, Résidence Tél: 05 22 89 79 73 - Gsm: 06 23 98 82 87 RC: 39265	16/09/2021					3800,00 DH

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'OD

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX													
				MONTANTS DES SOINS													
				DEBUT D'EXECUTION													
				FIN D'EXECUTION													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
			MONTANTS DES SOINS														
			DATE DU DEVIS														
		DATE DE L'EXECUTION															

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Ait Moulay Latifa

Ophtalmologiste



الدكتورة ايت مولاي لطيفة

طبيبة أخصائية في أمراض و جراحة العيون

Al Wiffaq Ferrara, Lot N° 65, Résidence Aya,
3 ème Étage, Bureau N°7, Oulfa, Casablanca
Tél : 05 22 65 84 88 - Gsm : 06 23 98 82 87

الوفاق فيرارا، تجزئة 65 إقامة آية، الطابق
الثالث، مكتب رقم 7، اللفة، الدار البيضاء
الهاتف : 05 22 65 84 88 - النقال : 06 23 98 82 87

Casablanca le 06 septembre 202

Mr. HAMRANE Abdelaziz

1/ HYE UNIDOSE



1 goutte 4 fois /jour, dans les deux yeux, pendant 6 Mois

LOT

0310121
2025 01

PPC 165.00 dh

Dr. Ait Moulay Latifa
Ophtalmologiste
Aya, 3ème Étage, Bureau N°7, Oulfa - Casablanca
Tél: 05 22 65 84 88 - Gsm: 06 23 98 82 87

PHARMACIE RESIDENCE ANNAM
SINAM GUERRAOTI
Boulevard en Pharmacie
4, Résidence Annam - Oulfa
Tél: 05 22 89 43 09 - Casablanca

Dr. Ait Moulay Latifa
Ophtalmologiste



الدكتورة ايت مولاي لطيفة
طبيبة أخصائية في أمراض و جراحة العيون

Al Wiffaq Ferrara, Lot N° 65, Résidence Aya,
3 ème Étage, Bureau N°7, Oulfa, Casablanca
Tél : 05 22 65 84 88 - Gsm : 06 23 98 82 87

الوفاق فيرار، تجزئة 65 | إقامة آية، الطابق
الثالث، مكتب رقم 7، الألفة، الدار البيضاء
الهاتف : 05 22 65 84 88 - النقال : 06 23 98 82 87

Casablanca le 06 septembre 202

Mr. HAMRANE Abdelaziz

Monture + verres correcteurs progressifs

VL : OD = + 2.25

OG = + 2.25

VP : ODG = Add : + 3.00

TOUT OPTIC sarl
Opticienne - Optométriste - Contact-lentilles
Rés Mly Thami Rue 5 N°239 Oulfa (9)
Tél : 05 22 89 79 73 - Gsm : 06 23 98 82 87
RC : 392651 - IF : 5006619 - D.S.

Dr. Ait Moulay Latifa
Ophtalmologiste
Al Wiffaq Ferrara 1, Lot N° 65, Résidence
Aya, 3 ème Étage, Bureau N°7, Oulfa - Casablanca
Tél : 05 22 65 84 88 - Gsm : 06 23 98 82 87

